



CRENÇAS BASEADAS NA IDADE EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

JOANA SOFIA MESQUITA SOARES

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal

2014

JOANA SOFIA MESQUITA SOARES

**CRENÇAS BASEADAS NA IDADE EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Medicina Legal, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar da Universidade do Porto

Orientador – Doutor José Ferreira-Alves

Categoria – Professor

Afiliação: Universidade do Minho

À minha filha Sofia por todos os sorrisos e alegrias
Ao meu marido João por todo o carinho, amor e apoio

Will you see me as a person or dependente elder?

Capezuti, Kagan, Happ e Mion (2012)

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Ferreira-Alves por toda a dedicação, orientação e disponibilidade ao longo da execução deste estudo.

À Professora Doutora Maria José Pinto da Costa pelo acompanhamento no decorrer deste percurso.

À Doutora Eduarda Ferreira e a toda a sua equipa da Unidade de Saúde Pública, em especial à Doutora Patrícia Andrade e à Enfermeira Ana Peixoto, por toda a disponibilidade e dedicação.

Às Enfermeiras Goreti Santos e Lúcia Ventura por todo o apoio neste trabalho.

À Cláudia Cruz pela disponibilidade e participação na análise de dados.

Aos profissionais de saúde do ACES pela participação no estudo.

Por último, mas não menos importante, à minha família e a todas as pessoas amigas, não só pela minha ausência mas também por, de alguma forma, tornarem este trabalho possível.

A todos o meu profundo e sincero agradecimento.

Resumo

O envelhecimento populacional veicula exigências ao sistema social, político e de saúde que não estão a ser completamente respondidas. Contudo, o aumento do número de pessoas idosas, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, faz emergir toda a sua heterogeneidade fornecendo, desta forma, o seu contributo para mudar algumas crenças e estereótipos infundados sobre o processo de envelhecimento e sobre a pessoa idosa. No entanto, de momento há grande desconhecimento da dimensão deste fenómeno chamado ageism ou idadismo, especialmente em contextos de saúde. Os diferentes estudos, que têm usado escalas de autorrelato sobre a pessoa idosa (Cherry & Palmore, 2008; Ferreira-Alves & Novo, 2006), deram-nos a conhecer a prevalência de estereótipos e atitudes idadistas em vários contextos. Neste estudo, queremos identificar comportamentos idadistas de diferentes profissionais de saúde no seu relacionamento com pessoas idosas e quantificar a sua prevalência. Método: Amostra – setenta e seis participantes com idades compreendidas entre os 26 e os 62 anos com $M = 42.5$ e $DP = 10.8$, sessenta e sete do género feminino e nove do género masculino, selecionados em diferentes unidades de saúde, em contexto de cuidados de saúde primários. Medidas: Escala de Dados Sociodemográficos, ROPE [Cherry & Palmore, 2008, versão de pesquisa portuguesa (ARPI) de Ferreira-Alves e col.] e a escala reduzida de comportamentos sociais de Marlowe-Crowne (Ballard, 1992, versão portuguesa validada por Pechorro e col., 2012). Resultados: os resultados não mostraram associação entre a escala de desejabilidade social e a ARPI; também descobrimos que os comportamentos idadistas mais prevalentes foram de discriminação positiva, por exemplo “Elogio pessoas idosas dizendo que, apesar da idade, têm boa aparência” e “Gosto de conversar com pessoas idosas devido justamente à sua idade”; Há mais três comportamentos idadistas positivos com uma grande prevalência. Relativamente ao idadismo negativo encontramos três comportamentos altamente prevalentes como, «Quando fico a saber a idade de uma pessoa idosa, acontece dizer-lhe “não parece ter essa idade”». Houve diferenças significativas entre os profissionais de saúde relativamente ao idadismo negativo, mas não ao idadismo positivo. Discussão/Conclusão: estes resultados são semelhantes aos encontrados na pesquisa original de Palmore e, embora haja um predomínio de comportamentos de discriminação positiva em relação aos comportamentos de discriminação negativa, eles podem ser igualmente nefastos

por veicularem atitudes de paternalismo e outras, que frequentemente não são bem aceites. De forma a melhorar o atendimento de pessoas idosas em serviços de cuidados primários estes dados sugerem que, uma formação continua sobre envelhecimento poderia ser o melhor antídoto contra este tipo de atitudes.

Palavras-chave: Idadismo, pessoas idosas, profissionais de saúde, cuidados de saúde primários, ARPI.

Abstract

The aging of the population conveys demands to the social, political and health system that are not being fulfilled. However, the increase of older adults in developed and in developing countries, spreading all their heterogeneity, is doing a contribution to change some unfounded beliefs and stereotypes about the process of aging and about older people; however, we really don't know the dimension of this phenomenon, called ageism. In the studies known using the self-report of older adults (Cherry & Palmore, 2008; Ferreira-Alves e Novo, 2006) we learned that some of the most prevalent stereotypes and ageist attitudes were experienced within health contexts. In the present study we wanted to identify behaviors different health professionals usually have toward older adults and quantify their prevalence. Method: Participants - seventy six participants, ages 26-62 years old, with $M=42.5$ e $DP=10.8$, sixty seven female and nine male, selected within an association of health centers. Measures: sociodemographic measure, ROPE (Cherry and Palmore, 2008; Portuguese research version of Ferreira-Alves e al.), and the Short form of the Marlowe-Crowne Social Desirability scale (Ballard, 1992;.Portuguese version validate by Pechorro et al., 2012). Results: we found no association between social desirability and ROPE; we also found that the most prevalent ageist behavior was about positive ageism: "Compliment old people on how well they look, despite their age"; the second most prevalent was: "Enjoy conversations with old people because of their age". There were more three behaviors for positive ageism highly prevalent. Respecting negative ageism we found three behaviors highly prevalent such as "When I find out an old person's age, I may say, "You don't look that old." There were significant differences between health professionals respecting negative ageism but not respecting positive ageism. Discussion/conclusion: These results have some similarities to those found in the original research of Palmore; and therefore it seems that it could improve health care if there were some information and training about the probable effects of these behaviors in the health.

Keywords: Ageism, older people, health professionals, primary health care, ROPE.

Índice

Introdução.....	1
Envelhecimento Populacional	2
O processo de envelhecimento.....	2
Alterações decorrentes do processo de envelhecimento.	4
O Idadismo Sofrido pela Pessoa Idosa	5
Idadismo – conceito e definições.	6
Consequências da discriminação na pessoa idosa.....	9
Formas de atuação para prevenir o idadismo.	11
Crenças Sobre a Pessoa Idosa em Contextos de Saúde	13
Método	15
Participantes	15
Instrumentos	17
Procedimento.....	19
Resultados	20
Discussão	27
Conclusão.....	31
Referências	33

Introdução

O relacionamento entre as pessoas é marcado pelas crenças, preconceitos e ideias que se tem do outro. A idade cronológica não passa de mais um indicador que interfere nesse relacionamento. Para além disso, essa idade é tomada muitas vezes como único critério de envelhecimento, isto é, como único fator que nos diz o quanto envelhecida está uma pessoa. Mas o ser humano é mais do que isso, ele é muito complexo, apresentando uma enorme variedade biológica, psicológica, social e cultural, onde as diferentes idades, cronológica, biológica, social e psicológica devem ser consideradas, pois tornam cada pessoa única, com o seu próprio ritmo de envelhecimento. Contudo, especialmente nas sociedades ocidentais, persistem crenças e valores que associam determinados tipos de competências e de comportamentos a certas idades cronológicas. Esta situação torna-se problemática quando se considera as pessoas em idade avançada. É neste contexto que surge a discriminação social para com a pessoa idosa, com tendência a aumentar devido ao envelhecimento populacional. Assim, o ageism ou idadismo é caracterizado pela presença de imagens, atitudes ou comportamentos discriminatórios, apenas com base na idade. Este tipo de discriminação pode apresentar um carácter positivo, quando os comportamentos ou atitudes favorecem a pessoa idosa, ou negativo, quando os comportamentos ou atitudes promovem o contrário. Esta situação pode influenciar qualquer pessoa, sendo exercida por qualquer elemento da sociedade, nos diferentes contextos do dia-a-dia, afetando a pessoa idosa de forma negativa favorecendo a alteração da sua imagem corporal, o aumento de risco de maus-tratos, diminuição da autoestima, autonomia e dignidade, bem como a sua participação na sociedade.

Os profissionais de saúde, pelo estatuto e papéis que ocupam na sociedade deveriam, idealmente, estar conscientes e preparados para não fazerem discriminação com base na idade, especialmente num tempo em que as pessoas idosas são quem mais usam e precisam de cuidados de saúde: seria paradoxal que os contextos de saúde veiculassem atitudes preconceituosas face aos pacientes a quem prestam cuidados ou a quem se relacionam. Contudo, não temos dados atualizados sobre esta situação, especialmente com profissionais de saúde como

participantes, embora isso seja de máxima importância, não só pelo conhecimento direto de uma realidade mas também, pelas implicações que pode ter para a formação desses profissionais.

O presente estudo está direcionado para identificar as crenças e atitudes preconceituosas e discriminatórias contra pessoas idosas devido, unicamente, à sua idade, por parte dos profissionais de saúde.

Envelhecimento Populacional

Em Portugal, como em outros países, tem-se assistido a mudanças demográficas em grande escala referentes ao aumento dos grupos etários séniores, pelo aumento da longevidade, e à redução do número de jovens, pela descida da natalidade e aumento da emigração. Paralelamente assiste-se a um envelhecimento interno, com a população idosa cada vez mais velha (INE, 2014).

O envelhecimento demográfico é visto como um sucesso de qualquer sociedade mas também como um grande desafio, pois é preciso oferecer e manter condições adequadas às pessoas idosas, para que possam viver da melhor forma este processo. Tal como refere Leonardo (2011), com o envelhecimento populacional torna-se oportuno adaptar medidas políticas, sociais e de saúde capazes de dar resposta às necessidades das pessoas idosas, das suas famílias e da sociedade.

O processo de envelhecimento.

O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo da vida, devendo ser uma oportunidade de viver mais anos com saúde, autonomia, e claro, dignidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerada pessoa idosa quem apresentar 65 ou mais anos, sendo que a Organização das Nações Unidas (ONU) considerou os 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento. Esta definição tem por base a idade cronológica da pessoa. No entanto, para além da idade cronológica, Fontaine (2000) considerou diferentes idades associadas a fatores biológicos, envelhecimento orgânico; sociais, relacionados com a cultura e ambiente; e psicológicos, adaptação ao meio, que inclui memória, inteligência e motivações.

As idades cronológica, biológica, social e psicológica podem variar na mesma pessoa (Fontaine, 2000). De facto, as pessoas podem apresentar uma idade cronológica avançada mas, simultaneamente, uma funcionalidade boa ou muito boa.

Da mesma forma que as diferentes idades variam na mesma pessoa, a velocidade com que o envelhecimento se processa e a instalação de incapacidades também variam. Assim, ocorrem envelhecimentos diferenciados nos vários sistemas, órgãos, tecidos, células e estruturas celulares. É nesta perspetiva que o envelhecimento é encarado como um processo complexo, multifatorial, multidimensional (Andrade, 2009), dinâmico, diferencial e heterogéneo (Araújo, 2010), pelo que existem diferentes teorias que o explicam. No entanto, na sua abordagem holística, ele deve ser observado tendo em conta os aspetos físicos, funcionais, mentais, culturais, espirituais, sociais e de saúde.

O envelhecimento é um processo normal que evolui ao longo do tempo, único, onde cada sujeito o vivencia de forma pessoal, marcado pela perda da capacidade de adaptação da pessoa ao meio que a rodeia (Fonseca, 2014), sendo um processo de degradação irreversível e progressivo, correspondendo a uma perda imparável e sem retorno, intrínseco, inerente ao organismo e, universal, afetando todos os organismos vivos (Almeida 2014). No entanto, o envelhecimento não implica por si só a anulação de capacidades da pessoa idosa, que continua a ser até ao fim da sua vida uma pessoa em desenvolvimento. Assim, o envelhecimento não deve ser encarado como sinónimo de doença, no entanto com a evolução deste processo aumenta a probabilidade do aparecimento de diversas patologias e de redução de capacidades, aumentando a vulnerabilidade (Araújo, 2010; Almeida, 2014; Fonseca, 2014; Paúl, 2014) e reduzindo a adaptação ao processo de envelhecimento.

Por vezes torna-se difícil separar o envelhecimento de doença, pois as fronteiras entre os dois são muito ténues. O processo de envelhecimento não conduz diretamente a processos patológicos mas, conduz a uma *“involução do organismo”* (Almeida, 2014, p.63). Esta involução, correspondendo a perda de capacidades, torna a pessoa idosa mais frágil e, tal como referido anteriormente, mais predisposto ao aparecimento de doenças. Assim, o que dificulta o diagnóstico diferencial são as doenças de causas internas e a sua natureza progressiva.

É importante referir ainda Araújo (2010) no que respeita à pessoa ser maior que a soma das suas partes, apresentando como componentes a dimensão

biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, interagindo com o ambiente que a rodeia.

Alterações decorrentes do processo de envelhecimento.

O envelhecimento é sentido devido ao comprometimento progressivo das capacidades físicas e cognitivas (Cancela, 2007), sendo um fenómeno dinâmico, marcado por transformações que ocorrem ao longo do tempo.

O envelhecimento fisiológico está associado aos efeitos do tempo sobre a pessoa, levando a alterações no funcionamento orgânico e mental perdendo, aos poucos, a capacidade de manter o equilíbrio homeostático. Este equilíbrio sofre uma perturbação quando a pessoa fica sujeita a qualquer situação de stress.

Os órgãos de sentidos são influenciados por este processo. Alguns estudos foram realizados acerca do paladar, verificando-se um ligeiro aumento do seu limiar, quanto ao olfato encontra-se um ligeiro declínio com o envelhecimento. A cinestesia é afetada para movimentos passivos e não para os ativos. O tato é alterado na palma da mão e não no restante corpo. Relativamente à temperatura, aumenta o limiar ao calor de forma significativa. Relativamente à dor, os estudos realizados têm chegado a conclusões diversas, talvez devido ao aumento de doenças crónicas sofridas pela pessoa idosa que dificultam o relacionamento de queixas álgicas com o envelhecimento. O equilíbrio é influenciado pelo envelhecimento, especialmente a partir dos 70 anos, aumentando o risco de quedas e/ou acidentes. A audição e a visão também sofrem com o avançar do tempo. Estes dois últimos sentidos e o equilíbrio são os mais afetados pelo processo de envelhecimento (Fontaine, 2000). Desta forma, tal como refere Araújo (2010) as alterações associadas à senescência favorecem a diminuição da força física, resistência, interferindo na capacidade de mobilidade e equilíbrio.

O aspeto fisiológico do envelhecimento é influenciado pelo estado de saúde atual, bem como, pelos cuidados de saúde que a pessoa esteve sujeita desde criança.

As aptidões cognitivas da pessoa vão sofrendo alterações à medida que ocorre o processo de envelhecimento. Assim, há uma diminuição da velocidade de processamento da informação, bem como da sua resposta, há redução da retenção da memória a curto prazo e da manipulação dessa informação e, alterações sensoriais e percetuais (Cancela, 2007).

O envelhecimento cognitivo pode ser influenciado por fatores genéticos, o estado de saúde, o grau de instrução, a atividade mental, o conhecimento acerca do envelhecimento, bem como de estratégias para superar as alterações sofridas pelo organismo, personalidade e humor, meio social e cultural e, pelo treino cognitivo.

O processo de envelhecimento também é marcado pela redução de contactos sociais (Loureiro, 2014). Esta situação tem como causas a reforma, pelo afastamento do mercado de trabalho e das relações sociais que o mesmo proporciona, a saída dos filhos da residência dos pais, que diminui o número de contactos familiares e, a morte de elementos do grupo de pares ou mesmo do conjugue, situação essa que marca significativamente a pessoa idosa.

As alterações físicas, cognitivas e sociais que as pessoas idosas vão sofrendo no processo de envelhecimento, traduzem-se por diminuição do nível de saúde, o afastamento do mercado de trabalho e a diversas situações desfavoráveis não controláveis. Desta forma, para a manutenção de um envelhecimento ativo, gratificante e saudável torna-se pertinente preencher o tempo com atividades preferidas, envolvidos por um ambiente social favorável (família, vizinhos, amigos e grupos religiosos) (Chau, Soares, Fialho & Sacadura, 2012). Assim, uma velhice bem-sucedida está associada à redução de doenças (principalmente quando afetam a autonomia), elevado nível funcional cognitivo e físico e conservação de empenho social e de bem-estar subjetivo (Fontaine, 2000).

As alterações físicas, cognitivas e do estilo de vida, muitas vezes associado a isolamento social conduzem, com o passar do tempo, a perdas das capacidades funcionais que condicionam a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas.

O Idadismo Sofrido pela Pessoa Idosa

Com o aumento do envelhecimento populacional aumenta o risco de abuso e maus-tratos à pessoa idosa, mas também aumenta o risco da mesma sofrer de idadismo (Vergueiro & Lima, 2010; Fernandes, Afonso, Pereira & Loureiro, 2012; Neves, 2012), sendo que o próprio idadismo é um fator de risco para o abuso e maus tratos a pessoas idosas (Vergueiro & Lima, 2010). Este risco é acrescido porque a sociedade não está a acompanhar estas modificações demográficas, que estão a ocorrer de forma rápida e progressiva e, para além desta situação, a cultura social sobrevaloriza *“a produtividade, o dinamismo, a juventude e a beleza da*

juventude” (Ribas & Pontes, 2010, p.146). Ora, relativamente a estes conceitos, a pessoa idosa é encarada como improdutiva pelo abandono do mercado de trabalho através da reforma, não dinâmica pela mesma condição e, algumas vezes, pelas patologias sofridas e, relativamente à juventude e sua beleza, é encarada como o oposto pela sua idade cronológica e pelos traços que adquire com o passar do tempo, como rugas e cabelos brancos, que os cuidados estéticos tentam combater.

Estas imagens, associadas à forma como se percebe o envelhecimento e o seu processo, transmitidas de forma cultural através de gerações desde a infância (Fernandes, Afonso, Pereira & Loureiro, 2012), são também difundidas pela comunicação social. Assim, muitas vezes, e de forma involuntária, as imagens, preconceitos, atitudes e comportamentos discriminatórios transmitem-se de forma rápida e sem controlo na sociedade, chegando mesmo a serem assumidos pela própria pessoa idosa.

Idadismo – conceito e definições.

O termo ageism surgiu com Butler em 1968 (Butler, n.d.). Para este autor o ageism é uma forma de discriminação contra as pessoas devido à sua idade. No caso da pessoa idosa, Butler associa o idadismo à gerontofobia, pelo medo de envelhecer e de perder capacidades.

Segundo Ferreira-Alves e Novo (2006 p.66) o ageism é uma *“denominação anglo-saxónica para a discriminação social de pessoas com base na sua idade e que, em português, poderá ser traduzido por idadismo”*, sendo que para os mesmos autores a discriminação social assenta num *“raciocínio pré-operatório com o qual se calcula o valor ou merecimento de um indivíduo com base apenas numa característica, neste caso, a idade”* p.67. Assim, o idadismo traduz-se pelas representações sociais discriminatórias apenas com base na idade e que podem ser direcionadas para qualquer grupo etário, desde os mais jovens aos mais velhos. Essa discriminação, aprendida de forma cultural, pode afetar qualquer pessoa e ser adotada pelo indivíduo desse mesmo grupo etário, por exemplo, uma pessoa idosa pode sofrer discriminação de outra pessoa do seu grupo etário.

De um modo geral, na literatura, o idadismo encontra-se mais associado à pessoa idosa, havendo alguns autores que direcionam este preconceito social para outros conceitos como velhismo ou ancianismo (Koch-Filho et al., 2012). Preconceito é assim um viés ou ideia pré-concebida sobre algo, que é mantida pela

ausência de uma boa justificação; e os estereótipos consistem em imagens mentais simplificadas de experiências ou de características específicas de um grupo.

De acordo com esta associação, Ferreira e Neto (2012) referem que idadismo *“é a manifestação de atitudes negativas, preconceitos e discriminação em relação às pessoas idosas”* p.115.

A diferença entre esta discriminação social e os outros “ismo” é que pode atingir qualquer pessoa, já que não depende de atitudes ou comportamentos que o próprio pode assumir, mas sim da idade que o mesmo pode alcançar. Tal como refere Ferreira-Alves e Novo (2006), o idadismo pode atingir qualquer pessoa visto que, com o aumento da esperança média de vida, qualquer pessoa pode chegar à terceira idade.

Para Nelson (1992 cit in Vergueiro & Lima, 2010) a discriminação sofrida pela pessoa idosa é a mais aceite e enraizada no mundo porque está interiorizada na própria cultura.

Butler (1978, cit in Costa & Santos, 2013) refere três aspetos do idadismo que se interrelacionam:

Atitudes preconceituosas para com os idosos, a velhice e o processo de envelhecimento; práticas discriminatórias contra os idosos e; políticas e práticas institucionais que perpetuam estereótipos sobre os idosos, interferindo com uma possível satisfação com a vida e debilitando o seu sentido de dignidade” p.5.

De acordo com Cherry e Palmore (2008) existem dois tipos de idadismo. O preconceito positivo ou negativo, associado a estereótipos e atitudes e, a discriminação positiva ou negativa, que pode assumir a forma institucional ou pessoal, através de comportamentos desadequados. As atitudes e comportamentos positivos são mais difíceis de combater porque estão implícitos na sociedade. Segundo Vergueiro e Lima (2010), estas atitudes e comportamentos encontram-se enraizados na nossa cultura porque estão associados a comportamentos de cortesia. Eles caracterizam-se por ações que tentam beneficiar a pessoa idosa, como por exemplo abrir uma porta só por a pessoa que a vai passar ser idosa. Assim, estes comportamentos estão associados a boas maneiras sociais. As atitudes e comportamentos negativos são mais fáceis de identificar. Eles representam condutas que tentam denegrir a pessoa idosa como por exemplo quando se ignora a mesma e se comunica com a família, situação vivenciada em cuidados de saúde.

O idadismo ou ageism pode manifestar-se de forma individual através de “*situações em que é evitado o contacto com a pessoa idosa ou são formadas atitudes e estereótipos acerca dos idosos*”, instrumental no “*emprego ou instituições para idosos*” e social pela “*falta de igualdade, linguagem idadista e segregação pela idade*” (Fernandes, Afonso, Pereira & Loureiro, 2012, p.106; Daniel, Simões & Monteiro, 2012; Neves, 2012). Butler (n. d.) diferencia ainda o idadismo intencional e o idadismo não intencional. O primeiro caracteriza-se pela formação de atitudes, ideias, regras ou realização de práticas com o conhecimento que são discriminatórias, aproveitando-se da vulnerabilidade da pessoa idosa. O segundo caracteriza-se pela ausência de consciência de que são práticas discriminatórias como, por exemplo, linguagem usada pela comunicação social ou a falta de meios para tornar a pessoa idosa independente, como rampas ou corrimões.

A pessoa idosa pode vivenciar o idadismo através de atitudes e ideias presentes nos outros, em qualquer lugar e em qualquer situação. Assim, segundo Nussbaum, Pitts, Huber, Krieger e Ohs (2005), os estereótipos associados à pessoa idosa encontram-se nos meios de comunicação social, em contextos de saúde, de educação, nos locais de trabalho e no dia-a-dia, sendo assumidos por qualquer pessoa.

A comunicação social apresenta imagens cartoons, anedotas, epítetos acerca da pessoa idosa, com imagens abusivas (Buler, n. d.). É frequente encontrar em filmes, séries ou novelas o papel de pessoa idosa caracterizada como repulsiva, fraca, irracional ou fora da realidade ou, por outro lado, doce, infantil, pacífica, cómica, distraída ou confusa (ibidem).

Nos cuidados de saúde observam-se atitudes adotadas pelos profissionais como o paternalismo ou o falar mais alto, pausadamente e com recurso a frases pequenas. Para além destas atitudes, algumas políticas de saúde em nada beneficiam a pessoa idosa. São exemplo o afastamento das mesmas de ensaios clínicos e, o facto de não se apostar em alguns tratamentos por serem mais dispendiosos, não se valorizando o benefício para o utente. Assim, os mais novos têm prioridade relativamente aos mais velhos (Bowling, 1999). A não aposta e o atraso nos tratamentos podem fazer com que haja mais gastos pelas diferentes equipas de apoio no domicílio, nos cuidados hospitalares e de saúde primários, além de promover a dependência e incapacidade da pessoa idosa. Desta forma, a longo prazo, uma intervenção precoce, mesmo que cara, acaba por ser mais rentável.

Relativamente à educação das pessoas idosas, estas são referidas como tendo as suas capacidades de aprendizagem diminuídas (Butler, n. d.).

No mercado de trabalho observa-se um menor número de ofertas de trabalho, quanto maior a idade do profissional e, a imposição da reforma com a chegada dos 66 anos, desvalorizando a vontade e a capacidade do trabalhador (Vergueiro & Lima, 2010; Marques, Batista & Silva, 2012). Esta exclusão do mercado de trabalho projeta nos outros a ideia de que a pessoa idosa é um encargo para a sociedade, pois a mesma não contribui para a economia social, sendo assim assumida como improdutivo.

Relativamente ao dia-a-dia, o marketing caracteriza bem o idadismo pois é direcionado para os mais jovens, esquecendo as pessoas idosas, mesmo sendo estas um grande grupo de consumidores. Nos cafés, lojas, restaurantes, entre outros locais, pode-se observar linguagem menos própria e por vezes infantilizada.

A influência do idadismo em diferentes contextos pode ter diferentes consequências consoante o significado do contexto para a pessoa idosa e consoante se manifeste mais de forma positiva ou negativa.

O idadismo pode manifestar-se de qualquer forma seja a nível individual, institucional, social ou político, englobando as diferentes unidades sociais, pessoa, família, comunidade e sociedade, através de preconceitos e estereótipos erróneos, produzindo atitudes e comportamentos discriminatórios para com a pessoa idosa.

Consequências da discriminação na pessoa idosa.

O idadismo é uma forma de discriminação culturalmente enraizada devido à falta de conhecimentos acerca do envelhecimento e do seu processo, aprendido desde a infância, promovendo a formação de mitos e crenças acerca da pessoa idosa.

Como a maior parte dos casos de discriminação ocorre de forma repetida e não num episódio isolado (Filho e col., 2010), ela produz efeitos duradouros na pessoa idosa como a alteração da sua imagem corporal com diminuição da sua autoestima (Ribas & Pontes, 2010). Paralelamente pode provocar “*incapacidade, improdutividade, dependência e senilidade*” (Koch-Filho e col., 2012, p.42), isolamento, institucionalização, diminuição da atividade, diminuição da perceção da autoeficácia, aumento dos maus-tratos e conflitos intergeracionais, que levam frequentemente ao afastamento da pessoa idosa da restante sociedade (Fernandes, Afonso, Pereira & Loureiro, 2012; Neves, 2012) e expondo-se mais por isso, ao

isolamento e aos riscos a ele associados como o risco de abuso, negligência e autonegligência. Para além destes resultados diretos da discriminação, a pessoa idosa pode sofrer de aceitação da imagem negativa, fornecida pela sociedade, ao incorporar e ao assumir as atitudes e comportamentos que a mesma espera dele (Palmore, 2003 referido por Oliveira, 2012; Koch-Filho e col., 2012). Desta forma, a autonegligência e a negligência são uma causa do idadismo, pois a pessoa idosa ou cuidadores assumem a doença, não como uma situação patológica mas, como fazendo parte do processo normal do envelhecimento. Para além destes dois tipos de abuso pode ocorrer também o abuso financeiro, que causa grande dano emocional, com interferência na autonomia e no poder de decisão.

O papel passivo da pessoa idosa na saúde e na sociedade diminui a capacidade de resposta, motivação, autoestima, comportamentos de enfrentamento, aumenta a taxa de mortalidade, problemas de depressão, desesperança, ansiedade, problemas de memória e doença (Nussbaum, Pitts, Huber, Krieger & Ohs, 2005).

A valorização exagerada de atributos positivos, como por exemplo o conhecimento e a experiência, podem provocar situações de frustração para a pessoa idosa por esta não conseguir alcançar o que a sociedade espera. (Palmore, 2001; Filho e col., 2010)

Desta forma, tanto os estereótipos positivos como os negativos afetam a pessoa idosa, favorecendo o aparecimento de sentimentos negativos para com a sua imagem, a sua capacidade funcional e de relacionamento. Palmore identificou estereótipos positivos e negativos associados à velhice. Assim, os positivos passam por amabilidade, sabedoria, confiança, abundância, poder político, liberdade, eterna juventude e felicidade (1999, 2003 cit in Vergueiro & Lima, 2010; Oliveira, 2012). Já os negativos são a doença, impotência sexual, fealdade, declínio mental, doença mental, inutilidade, isolamento, pobreza e depressão (2003, Oliveira, 2012).

Também Mauritti (2004, ibidem) refere imagens negativas e positivas associadas à velhice nomeadamente pobreza, solidão, doença, dependência, sem interesse e, como imagens positivas, liberdade, maior estabilidade económica, mais disponibilidade e tempo de lazer.

Existem outras imagens referidas por outros autores, especialmente negativas, associadas à pessoa idosa como por exemplo doentes, dependentes, senis, antiquados, aborrecidos (Sousa & Ribeiro, 2013). Apesar das diferentes

imagens negativas referidas pelos vários autores, todas acabam por representar o mesmo, incompetentes, dependentes e sem interesse.

Formas de atuação para prevenir o idadismo.

O idadismo é uma forma de discriminação presente em todas as sociedades que acarreta efeitos negativos nos mais velhos, daí ser importante atenuar e anular esta situação.

Uma forma de combater este tipo de preconceito é a informação e formação dos elementos da sociedade acerca do envelhecimento e do seu processo, pois só assim é que todos os grupos etários poderão respeitar o outro promovendo, desta forma, o bem-estar e a dignidade da pessoa idosa.

Favorecer o convívio entre diferentes faixas etárias permite reduzir a aquisição de ideias erróneas acerca da pessoa idosa. Pois, tal como sugere Butler (n. d.) essas ideias são assimiladas nas idades pré-escolares.

Orientar os cuidadores informais acerca do processo normal do envelhecimento e apoiá-los no que seja necessário para, desta forma, reduzir as atitudes discriminatórias associadas a imagens erradas e ao cansaço do cuidador. Ainda no que respeita à saúde, os profissionais devem transmitir informação acerca da pessoa idosa para a mesma e não direcionada para a família.

No entanto, é também importante incentivar a pessoa idosa a continuar com a sua vida social (Marques, Batista & Silva, 2012), já que a sua participação na comunidade é uma forma de combater este estereótipo com a formação e manutenção de laços sociais que, tal como referem Gomes, Lessa e Sá (2006, referido por Filho e col., 2010) tornam as pessoas e os seus comportamentos mais solidários e tolerantes.

Magalhães (2008, cit in Magalhães, Fernandes, Antão & Anes, 2009) sugere algumas formas de intervenção como:

- Implementação de programas político-sociais que favoreçam a imagem positiva da pessoa idosa, promoção e utilização do potencial da pessoa idosa na sociedade, relação intergeracional de qualidade e a solidariedade entre gerações;
- Utilização da comunicação social para promover a imagem positiva da pessoa idosa, do envelhecimento, além das suas características positivas, preconizadas no Plano de Ação Internacional de 2002 pelas Nações Unidas;
- Incentivar a comunicação social a não discriminar a pessoa idosa e a apostar numa abordagem de heterogeneidade e multidireccionalidade;

- Informar de forma científica a população, com recurso à gerontologia e à geriatria.

A nível político tem-se assistido a inúmeras tentativas de melhorar a qualidade de vida dos mais velhos, promovendo e protegendo os seus direitos. Assim, em 1982, em Viena, realizou-se a *Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento* promovido pelas Nações Unidas onde surgiu “O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento”.

Em 1991 foram adotados os “Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas”.

O ano de 1999 foi designado como *O Ano Internacional da Pessoa Idosa* pelas Nações Unidas, onde surgiu “O Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais”. Esse pacto faz referência à proibição da discriminação com base na idade, à igualdade de direitos em ambos os sexos, aos direitos no trabalho, ao direito à segurança social, à proteção da família, a um nível de vida adequado englobando o acesso à alimentação, água, vestuário, habitação e cuidados de saúde, à saúde física e mental e ao direito à educação e cultura (Nações Unidas, 2002).

A 2.^a *Assembleia Mundial para o Envelhecimento* decorreu em Madrid, em 2002, organizada pelas Nações Unidas. Nesta assembleia foi criado “O Plano Internacional para a Ação sobre o Envelhecimento” pretendendo-se atribuir utilidade social aos mais velhos, onde-se pede aos governos nacionais o respeito pelos princípios como a independência, participação, cuidados e dignidade à população idosa (Lopes & Lemos, 2012) e, apoio e colaboração da sociedade civil. Mas o interesse não ficou por aí ocorrendo em 2012 *O Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações* pela Comissão Europeia, com o objetivo de sensibilizar a população para o contributo socioeconómico das pessoas idosas, bem como, promover a atividade das mesmas na vida familiar e comunitária e, favorecer a cooperação intra e inter gerações (Governo de Portugal, 2012).

As pessoas idosas também apresentam estratégias de combate ou de adaptação à discriminação social. Segundo Palmore (1999, Fernandes, Afonso, Pereira & Loureiro, 2012; Magalhães, Fernandes, Antão & Anes, 2010) as respostas utilizadas pela pessoa idosa são:

- Aceitação, que se traduz pela apatia, afastamento voluntário;
- Negação, quando a pessoa idosa tenta parecer mais jovem;

- Evitamento, que favorece o isolamento, consumo de substâncias, manifestação de doenças mentais e, em casos graves, o suicídio;
- Reforma, que em contraste com o evitamento e a negação, reconhece o preconceito e procura eliminá-lo com recurso a atividades que contrariam os estereótipos. Segundo o autor esta é a resposta mais positiva que a pessoa idosa pode ter.

A sociedade deve estar unida no respeito pela pessoa idosa, eliminando ideias e preconceitos erróneos, educando os mais jovens, que serão os mais velhos de amanhã.

Crenças Sobre a Pessoa Idosa em Contextos de Saúde

Os profissionais de saúde, tal como qualquer outro elemento da sociedade, apresentam imagens positivas e negativas acerca da pessoa idosa. Isto acontece porque o profissional, como qualquer pessoa, cresce numa comunidade e é influenciado por ela, por mitos, crenças e imagens.

Com um número de pessoas idosas cada vez maior e mais velhas, aumenta o risco de prevalência do aparecimento de doenças e/ou incapacidades, sendo normal que esta população recorra com maior frequência aos cuidados de saúde. Desta forma, os preconceitos dos diferentes profissionais de saúde podem influenciar de forma negativa o atendimento, o diagnóstico, o tratamento, a adesão ao regime terapêutico e o acompanhamento da pessoa idosa, bem como da sua família, resultando no aumento da dependência e na deterioração do seu estado geral de saúde.

A pessoa idosa, quando recorre às diferentes unidades de cuidados de saúde, começa logo a ser catalogada relativamente a aspetos sociodemográficos como o género e a idade e, involuntariamente, quando o utente apresenta uma idade avançada associa-se a comorbilidade, fragilidade e declínio funcional (Capezuti, Kagan, Happ & Mion, 2012). No entanto, é importante referir que a variável idade, em contextos de saúde, tem a sua importância de forma a caracterizar a pessoa e a comparar em termos de capacidades funcionais, não deixando no entanto de ser um critério grosseiro. Assim, não é por se pensar na idade que se passa a assumir atitudes idadista.

As diferentes imagens que os profissionais têm, fazem com que apresentem determinadas posturas. De acordo com Vergueiro e Lima (2010) observa-se o uso de comunicação diferente com recurso a frases pequenas, som mais elevado, transmissão de menos informação sobre o estado de saúde, desvalorização de queixas por associação ao processo normal de envelhecimento, aumento da prescrição de medicação e menor crença no potencial de mudança. Outra situação importante é, o facto de os profissionais acharem que as pessoas idosas estão inaptas para tomarem decisões acerca do seu estado de saúde (Costa & Santos, 2013). Sousa e Ribeiro (2013) acrescentam a estas atitudes a comunicação infantilizada, evitar oportunidades para as pessoas idosas se tornarem menos dependentes, dar pouca importância às suas próprias necessidades e estar menos atento e focado nas necessidades educacionais da pessoa idosa.

Costa e Santos (2013, p.6), após revisão de literatura, referem que estes profissionais *“não esperam que os idosos recuperem de sérios desafios físicos, psicossociais ou interpessoais”* e que *“simultaneamente, se mostrem resistentes a terapias que poderiam beneficiá-los”*.

A própria pessoa idosa pode ter já incorporado atitudes idadistas expressando frases como por exemplo “sou velho de mais para...”. Os profissionais de saúde, observando esta situação, devem informar corretamente a pessoa idosa e praticar alguma educação para a saúde pois, tal como refere Levy e col. (Capezuti, Kagan, Happ & Mion, 2012), as pessoas idosas com autoestereótipos negativos apresentam uma diminuição do seu bem-estar, da sua saúde e da sua capacidade funcional em comparação com as que apresentam autoestereótipos positivos.

Ribeiro (2007) no seu estudo refere que uma das razões para imagens negativas em profissionais de saúde é a falta de formação na área da gerontologia e da geriatria. Nesse mesmo estudo identificou as imagens que os profissionais de saúde tinham acerca da pessoa idosa. Assim, os técnicos de serviço social, médicos e enfermeiros apresentam uma média maior para as imagens de “maturidade, atividade e afetividade”, logo seguida pelas imagens “incompetência relacional e cognitiva”.

De acordo com Ferreira-Alves e Novo (2006) a ocorrência de discriminação relativamente às pessoas idosas pelos profissionais de saúde, pode estar associado a um relacionamento mais frequente que esses mesmos profissionais têm com as patologias do que, propriamente, com pessoas em processo normal de envelhecimento. É nesta perspetiva que Koch-Filho e colaboradores (2012) referem a importância da formação profissional na área da geriatria e da gerontologia.

Importa ainda referir que, a partilha de informação com a pessoa idosa de forma clara e simples, envolvendo-a em todo o processo do cuidar, é uma maneira de respeitar a sua liberdade e a sua autonomia para que este se sinta como parte integrante de todo o processo dos cuidados de saúde. Esta situação, por si só, já reduz a ocorrência de discriminação por parte dos profissionais de saúde.

Dado o espaço conhecimento que existe entre nós, quisemos estudar os comportamentos de diferentes profissionais de saúde quando se relacionam com pessoas idosas. Este estudo foi inspirado no trabalho de Cherry e Palmore (2008). Sendo assim, estabelecemos os seguintes objetivos:

- a. Identificar a prevalência de autorrelato de comportamentos idadistas em profissionais de saúde;
- b. Identificar que profissionais reportam mais comportamentos idadistas;
- c. Comparar os nossos dados com dados de outros estudos que usaram a mesma medida.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 76 profissionais de saúde em contexto de cuidados de saúde primários de um ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde), sendo que 67 são do género feminino e 9 do género masculino, com idades compreendidas entre os 26 e os 62 anos ($M = 42.5$ e $DP = 10.8$). Trinta e nove participantes são enfermeiros, 23 médicos, 4 técnicos de saúde ambiental, 1 psicólogo, 4 descreveram-se apenas como sendo técnicos superiores e 5 deixaram em branco o espaço reservado ao preenchimento do grupo profissional. Devido ao baixo número de profissionais, que não são médicos nem enfermeiros, decidimos agrupá-los sob a denominação de “Outros profissionais de saúde”. Quanto ao nível de educação, 62 participantes têm Bacharelato/Licenciatura, 11 fizeram Pós-graduação/Mestrado/Especialização e 3 participantes não deram esta informação.

Quanto ao estado civil da nossa amostra 52 participantes referiram serem casados ou em união de facto, 18 solteiros, 4 divorciados ou separados e 1 não

preencheu este campo. Relativamente ao número de filhos, 32 participantes não têm filhos, 15 têm um filho, 26 têm dois, 1 tem três e 2 participantes têm 4 filhos.

Todos os profissionais se relacionam com pessoas idosas em contexto profissional mas nenhum participante tem formação nas áreas de geriatria ou gerontologia.

Doze participantes residem com pessoas idosas e 64 não residem e, fora do contexto profissional, 66 convivem com pessoas idosas e 10 não convivem.

Quanto à religiosidade, 61 são crentes, 14 não e 1 participante não respondeu; quanto à prática religiosa 26 informaram que são praticantes, 40 que não são e 10 participantes não deram esta informação.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra (N = 76)

Variáveis		N (%)
Género	Feminino	67 (88.16)
	Masculino	9 (11.84)
Idade	Entre os 26 e os 40 anos	39 (51.32)
	Entre os 41 e os 62 anos	37 (48.68)
Estado Civil	Casado/União de facto	52 (68.42)
	Solteiro	18 (23.68)
	Divorciado/Separado	4 (5.26)
	Viúvo	1 (1.32)
	Ausente	1 (1.32)
Número de filhos	0	32 (42.10)
	1	15 (19.74)
	2	26 (34.21)
	3	1 (1.32)
	4	2 (2.63)
Habilitações Académicas	Bacharelato /Licenciatura	62 (81.58)
	Pós-graduação/Mestrado/Especialização	11 (14.47)
	Ausente	3 (3.95)
Categoria profissional	Enfermeiro	39 (51.32)
	Médico	23 (30.26)
	Outros profissionais de saúde	9 (11.84)
	Ausente	5 (6.58)
Formação específica	Geriatría/Gerontologia	0 (0)
Reside com Pessoas Idosas	Sim	12 (15.79)
	Não	64 (84.21)
Convive com Pessoas Idosas	Sim	66 (86.84)
	Não	10 (13.16)
Religiosidade Crente	Sim	61 (80.26)
	Não	14 (18.42)
	Ausente	1 (1.32)
Religiosidade Praticante	Sim	26 (34.21)
	Não	40 (52.63)
	Ausente	10 (13.16)

Instrumentos

Avaliação Sociodemográfica

Foi construído um questionário sociodemográfico que solicitava a indicação da idade, género, estado civil, habilitações académicas, categoria profissional e

religiosidade; solicitava-se igualmente a indicação se residia com pessoas idosas ou se tinha contactos regulares com pessoas idosas noutros contextos.

ARPI

A avaliação da relação com pessoas idosas (ARPI) foi a adaptação para português, realizada por Ferreira-Alves e Novo em 2005, do ROPE (Relating to Older People Evolution) desenvolvido por Cherry e Palmore, publicado em 2008. Esta escala surgiu da necessidade de avaliar os comportamentos discriminatórios positivos e negativos para com a pessoa idosa (Cherry & Palmore, 2008), sendo composta por um questionário de 20 itens de autorresposta. Desses, 6 correspondem a comportamentos discriminatórios positivos (itens 1, 3, 5, 7, 9, e 15) como por exemplo “Gosto de conversar com pessoas idosas justamente devido à sua idade” e os restantes 14 a comportamentos discriminatórios negativos, como por exemplo “Uso palavras simples quando falo com pessoas idosas”. As respostas aos diferentes itens variam entre “nunca”, que corresponde ao valor 0, “às vezes”, que corresponde ao valor 1 e “muitas vezes”, que corresponde ao valor 2. A cotação é feita através do somatório dos itens positivos e negativos, separadamente e, a sua divisão pelo total possível para cada valência.

O instrumento ROPE apresenta uma boa consistência interna, .70 no estudo original de Palmore; no estudo de Ferreira-Alves e col. (trabalho não publicado) o alfa de Cronbach foi de .616.

Apesar do ROPE/ARPI avaliar os comportamentos discriminatórios, o seu título foi escolhido de forma a não ser tão evidente os seus objetivos, isto para que os participantes não se recusassem a responder ou a darem respostas que achem mais aceites pela sociedade. Esta situação corresponde a uma limitação metodológica, relatada pelos autores, pelo que para diminui-la torna-se pertinente a administração conjunta com uma escala de desejabilidade social.

Escala de Comportamentos Sociais

A escala de desejabilidade social foi desenvolvida por Marlowe – Crowne em 1960 com o título original “Marlowe-Crowne Social Desirability Scale” e surgiu da necessidade de controlar a veracidade das respostas dadas, pois os participantes tendem a responder de acordo com aquilo que consideram mais aceitável pela sociedade, negando comportamentos e atitudes considerados indesejáveis.

Esta escala é composta por 33 itens dicotómicos (resposta verdadeira ou falsa) que correspondem a comportamentos aceitáveis pela sociedade mas menos

frequentes, comportamentos indesejáveis pela mesma mas mais frequentes (Pechorro, Vieira, Poiares & Marôco, 2012) e, ausência de relação com comportamentos psicopatológicos (Crowne & Marlowe, 1960).

Entretanto foram surgindo versões mais reduzidas, como a de Ballard (1992) usada neste estudo. Esta versão é composta por 13 itens, sendo que um item (2) não se adequa, pelo que foi removido da escala (Pechorro, Vieira, Poiares & Marôco, 2012). A cotação é feita através de somatório após reverter os itens 3, 6, 8, 9 e 12. As pontuações mais altas estão associadas a quem apresenta maior tendência para responder de acordo com o que é mais aceitável pela sociedade.

A versão de Ballard apresenta uma consistência interna de .70, sendo uma versão não comercializada e foi adaptada para português por Pechorro, Vieira, Poiares e Marôco, em 2012, com o título de Escala de Comportamentos Sociais (ECS).

Procedimento

Numa primeira fase foi efetuada revisão de literatura acerca do tema proposto e dos instrumentos de avaliação a utilizar.

Na segunda fase foram aplicados os instrumentos referidos à amostra descrita, feita a sua avaliação e verificada a sua relação.

Os participantes foram contactados preferencialmente de forma pessoal mas, na sua impossibilidade, por colegas da equipa da sua unidade. Foi enviado, via correio eletrónico, um contacto para dar a conhecer o estudo por um elemento do conselho clínico do ACES da ARS (Administração Regional de Saúde), onde o mesmo foi desenvolvido.

Antes do preenchimento foi explicado ao participante o objetivo, a finalidade do estudo, bem como, os instrumentos a utilizar. Foram também informados de que a sua participação é voluntária, confidencial e da possibilidade de revogar em qualquer altura. Após a explicação oral foi entregue um consentimento informado com todas estas informações. Aos participantes que não estiveram pessoalmente com a investigadora, foi-lhes fornecido o contacto da mesma para responder a qualquer dúvida que surgisse.

Alguns participantes optaram por responder aos instrumentos logo após o contacto pessoal, outros preferiram fazê-lo mais tarde. O tempo médio da aplicação dos diferentes instrumentos foi de 5 a 10 minutos, realizados no

gabinete do próprio participante e a sua aplicação demorou cerca de duas semanas. Após o seu preenchimento os instrumentos foram enviados por correio interno para a unidade da investigadora e, os que tinham sido preenchidos na presença desta foram logo recolhidos.

O direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade foi respeitado, não havendo qualquer informação que permita, de alguma forma, identificar o participante.

Resultados

Consistência Interna da ARPI e da Escala de Comportamentos Sociais

A consistência interna da Escala de Comportamentos Sociais é mais baixa do que a do estudo original de Ballard e, do que a do estudo de adaptação com adolescente de Pechorro e colaboradores. Já a consistência interna da ARPI, tem um valor aceitável.

Tabela 2 – Consistência interna da ECS e da ARPI em diferentes estudos

Alfa de Cronbach	ECS			ARPI		
	Ballard (1992)	Pechorro e col. (2012)	Soares (2014)	Cherry e Palmore (2008)	Ferreira-Alves e col. (2008)	Soares (2014)
	.70	.55 e .61	.53	.70	.62	.70

Desejabilidade Social e Comportamentos Idadistas

Não encontramos qualquer relação entre as respostas indicativas de desejabilidade social, medidas pela Escala de Comportamentos Sociais, e o idadismo, quer ele seja positivo ($r = .060$, $p = .614$) ou negativo ($r = -.121$, $p = .316$).

Prevalência e Tipo de Comportamentos Idadistas

Vamos começar por apresentar os resultados da ARPI comparando a prevalência dos diferentes comportamentos na nossa amostra e na amostra original de Cherry e Palmore (2008).

Tabela 3 – Prevalência de comportamentos idadistas na amostra Americana e Portuguesa

N.º	Questão	Nunca (%)	Às vezes (%)	Muitas vezes (%)
		Soares/Palmore	Soares/Palmore	Soares/Palmore
1	Elogio pessoas idosas dizendo que, apesar da idade, têm boa aparência	0/10	28,9/50	71,1/40
3	Gosto de conversar com pessoas idosas justamente devido à sua idade	1,3/7	55,3/38	43,4/55
8	Quando fico a saber a idade de uma pessoa idosa, acontece dizer-lhe “não parece ter essa idade”	2,6/19	44,7/55	52,6/26
5	Seguro aberta uma porta a uma pessoa idosa devido à sua idade	3,9/6	22,4/29	73,7/65
13	Uso palavras simples quando falo com pessoas idosas	7,9/64	53,9/29	36,8/7
7	Ofereço ajuda para atravessar a rua a uma pessoa idosa atendendo, de facto, à sua idade	9,2/41	65,8/44	25,0/15
9	Peço conselhos a uma pessoa idosa devido, justamente, à sua idade	11,8/16	61,8/53	26,3/31
12	Falo mais alto ou mais lentamente com pessoas idosas atendendo à sua idade	15,8/31	57,9/54	26,3/15
10	Quando uma pessoa idosa tem uma doença, acontece dizer-lhe “isso é normal para a sua idade”	30,3/63	59,2/32	10,5/5
19	Quando na minha frente vai um condutor lento, acontece-se pensar “deve ser uma pessoa idosa”	40,8/32	59,2/50	0/18
20	Chamo “jovem” a um homem idoso ou uma mulher idosa	53,9/75	38,2/22	7,9/3
15	Voto a favor de uma pessoa idosa devido, justamente, à sua idade	56,6/81	36,8/16	3,9/3
11	Quando uma pessoa idosa não consegue recordar algo, digo-lhe “isso é da velhice”	69,7/64	28,9/26	1,3/10

6	Digo a uma pessoa idosa “você é velho(a) demais para isso”	78,9/83	21,1/14	0/3
16	Voto contra uma pessoa idosa devido, justamente, à sua idade	80,3/89	15,8/11	0/0
18	Evito pessoas idosas porque elas são rabugentas	81,6/62	18,4/37	0/1
4	Conto a pessoas idosas anedotas que troçam da idade	84,2/56	11,8/33	2,6/11
17	Evito algumas pessoas pelo facto de serem idosas	88,2/78	10,5/21	1,3/1
14	Ignoro algumas pessoas devido ao facto de serem idosas	94,7/87	5,3/12	0/1
2	Envio a pessoas idosas cartões de aniversário que fazem troça da sua idade	96,1/51	2,6/35	1,3/14

Como se pode observar através da tabela, os comportamentos idadistas mais relatados foram, em primeiro lugar o item 1 com 100% dos participantes “Elogio pessoas idosas dizendo que, apesar da idade, têm boa aparência”, em segundo com 98,7% o item 3 “Gosto de conversar com pessoas idosas justamente devido à sua idade”, em terceiro com 97,3% o item 8 «Quando fico a saber a idade de uma pessoa idosa, acontece dizer-lhe “não parece ter essa idade”» e em quarto lugar o item 5 com 96,1% “Seguro aberta uma porta a uma pessoa idosa devido à sua idade”. Os dois primeiros itens e o quarto referem-se ao idadismo positivo e o terceiro refere-se a idadismo negativo. Este último item atribui à idade uma valorização negativa ao passo que, o item 1 enfatiza a boa aparência da pessoa. Os itens de discriminação menos relatados são o item 2 “Envio a pessoa idosas cartões de aniversário que fazem troça da sua idade” com uma percentagem de 3,9, seguido pelo item 14 referente à discriminação “ Ignoro algumas pessoas devido ao facto de serem idosas” com 5,3% e o item 17 “Evito algumas pessoas pelo facto de serem idosas” com um valor de 11,8%. Estes três itens representam comportamentos de idadismo negativo.

Não há nenhum tipo de discriminação que não tenha sido reportada, embora haja alguns itens em que não foram usadas todas as possibilidades de resposta, nomeadamente o item 1, no qual a opção “Nunca” não foi assinalada e os itens 6, 14, 16, 18 e 19 onde a opção “Muitas vezes” nunca foi escolhida. Falta ainda referir que houve participantes que não responderam a alguns itens; contudo dado que

este é um estudo descritivo e com uma amostra relativamente pequena, é difícil extrair desse facto algum significado.

Comparando os valores obtidos com o estudo de Cherry e Palmore verifica-se que os comportamentos idadistas mais frequentes são muito semelhantes nas duas amostras. Assim, constatamos que os itens 5 com 94%, o item 3 com 93% e o item 1 com 90% coincidem com os quatro primeiros da nossa amostra. Os tipos de discriminação menos frequentes foram o 16 com 11%, o item 14 com 13% e o item 6 com 17%, que se encontram nos últimos sete lugares da nossa amostra.

Caracterização Sociodemográfica e Idadismo

As seguintes tabelas refletem a relação encontrada entre as diferentes características sociodemográficas e a prevalência de comportamentos idadistas positivos e negativos.

Tabela 4 - Relações encontradas entre as diferentes características sociodemográficas e o idadismo positivo

Variáveis		Idadismo Positivo	Estatística
Género	Feminino	.63	$t(72) = -1.066$, $p > .05$
	Masculino	.69	
Idade	Entre os 26 e os 40 anos	.60	$t(72) = -1.828$, $p > .05$
	Entre os 41 e os 62 anos	.67	
Número de filhos		$r = .18$	$p > .05$
Habilitações Académicas	Bacharelato /Licenciatura	.63	$t(69) = .539$, $p > .05$
	Pós-graduação/Mestrado/Especialização	.61	
Categoria profissional	Enfermeiro	.60	$Z(2,66) = 2.784$, $p > .05$
	Médico	.68	
	Outros profissionais de saúde	.56	
Reside com Pessoas Idosas		$r_{pb} = .33$	$p < .01$
Convive com Pessoas Idosas		(r_{pb})	$p > .05$
Religiosidade Crente		(r_{pb})	$p > .05$
Religiosidade Praticante		(r_{pb})	$p > .05$

Tabela 5 – Relações encontradas entre as diferentes características sociodemográficas e o idadismo negativo

Variáveis		Idadismo Negativo	Estatística
Género	Feminino	.25	$t(69) = -.406, p > .05$
	Masculino	.26	
Idade	Entre os 26 e os 40 anos	.24	$t(69) = -.735, p > .05$
	Entre os 41 e os 62 anos	.26	
Número de filhos		$r = .26$	$p < .05$
Habilitações Académicas	Bacharelato /Licenciatura	.26	$t(67) = 2.428, p < .05$
	Pós-graduação/Mestrado/Especialização	.19	
Categoria profissional	Enfermeiro	.23	$Z(2,64) = 3.593, p < .05 *$
	Médico	.29	
	Outros profissionais de saúde	.22	
Reside com Pessoas Idosas		$r_{pb} = .20$	$p > .05$
Convive com Pessoas Idosas		(r_{pb})	$p > .05$
Religiosidade Crente		(r_{pb})	$p > .05$
Religiosidade Praticante		(r_{pb})	$p > .05$

* Enfermeiro vs. Médico; Enfermeiro vs. Outros Profissionais de Saúde = *ns*; Médico vs. Outros Profissionais de Saúde = *ns*

Idadismo e Género, Idade e Estado Civil

Não foram encontrados efeitos do género no idadismo positivo ($t(72) = -1.066, p > .05$), nem no idadismo negativo ($t(69) = -.406, p > .05$); também a idade não interferiu nos resultados do idadismo positivo ($t(72) = -1.826, p > .05$), nem no negativo ($t(69) = -.735, p > .05$); do mesmo modo, não foi encontrada relação entre o estado civil e o idadismo positivo e o idadismo negativo.

Idadismo e o Número de Filhos

Foi encontrada relação entre o número de filhos e o idadismo negativo. Assim, participantes com maior número de filhos autorrelatam mais comportamentos idadistas negativos, $r_{sp} = .26, p = .026$.

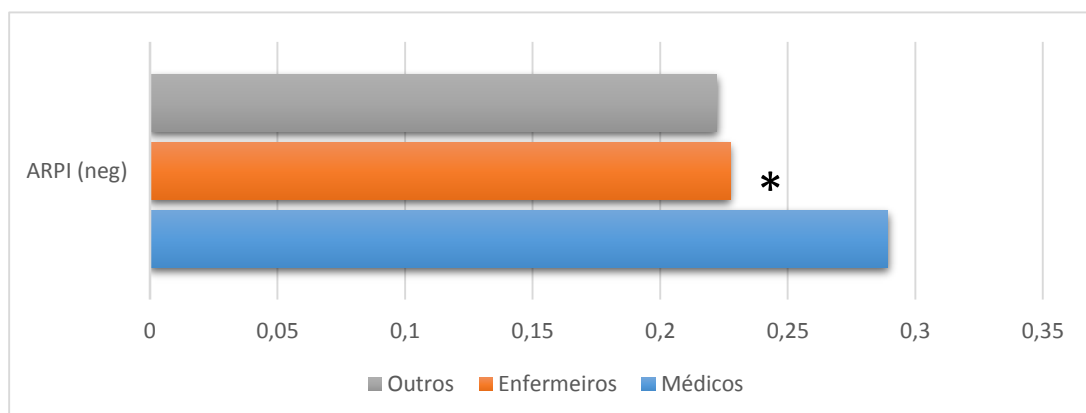
Idadismo e Nível de Formação Académica

Embora só tivéssemos participantes com formação académica superior, quisemos explorar a relação entre dois níveis de formação e o idadismo positivo e negativo. Encontramos uma relação positiva entre o idadismo negativo e o nível de formação académico; os participantes com formação académica ao nível de mestrado, pós-graduação ou especialização apresentaram, significativamente, menos idadismo negativo do que os participantes com bacharelato ou licenciatura.

Idadismo em Diferentes Profissionais de Saúde

Relativamente à relação entre comportamentos idadistas em diferentes profissionais de saúde, constatamos um efeito significativo do grupo profissional nos valores do idadismo negativo ($Z = 3.593$, $p < .05$). As análises Post Hoc revelaram que as diferenças significativas foram encontradas entre grupo profissional de Enfermagem e o grupo profissional de Medicina, tal como mostra a figura 1. O grupo profissional de Medicina apresenta uma média maior de discriminação negativa relativamente ao grupo de Enfermagem. Avaliando item a item não foram encontradas diferenças significativas nos comportamentos idadistas positivos, para os diferentes grupos profissionais. Nos itens de comportamentos idadistas negativos, encontramos uma diferença significativa entre o grupo profissional de Enfermagem e “Outros profissionais de saúde” no item 19 «Quando na minha frente vai um condutor lento, acontece-me pensar “deve ser uma pessoa idosa”» ($U = 100.500$, $p < .05$).

Figura 1 – Médias (%) das pontuações na ARPI nos comportamentos idadistas negativos em diferentes profissionais de saúde



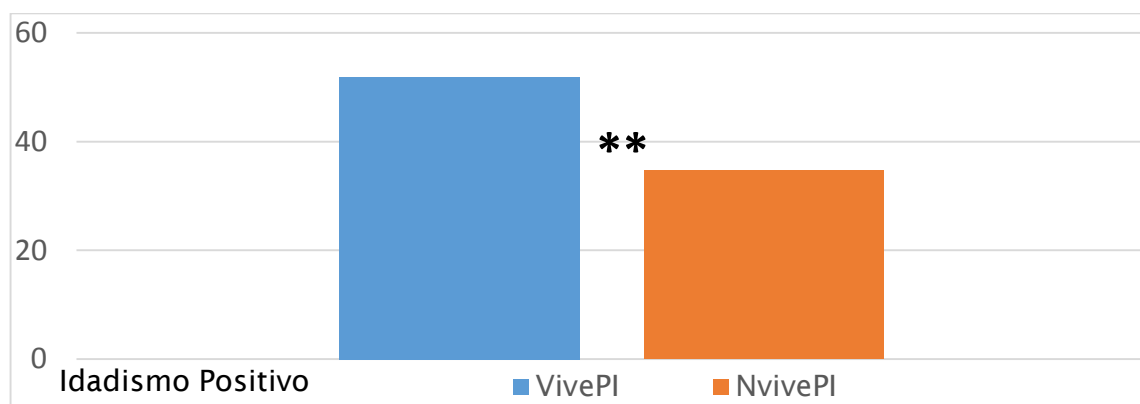
Idadismo e convívio com pessoas idosas em contextos extra profissionais

Relativamente a esta variável não foram encontradas diferenças nos comportamentos idadistas entre quem convive e não convive com pessoas idosas fora da atividade profissional.

Idadismo e coabitação com pessoas idosas

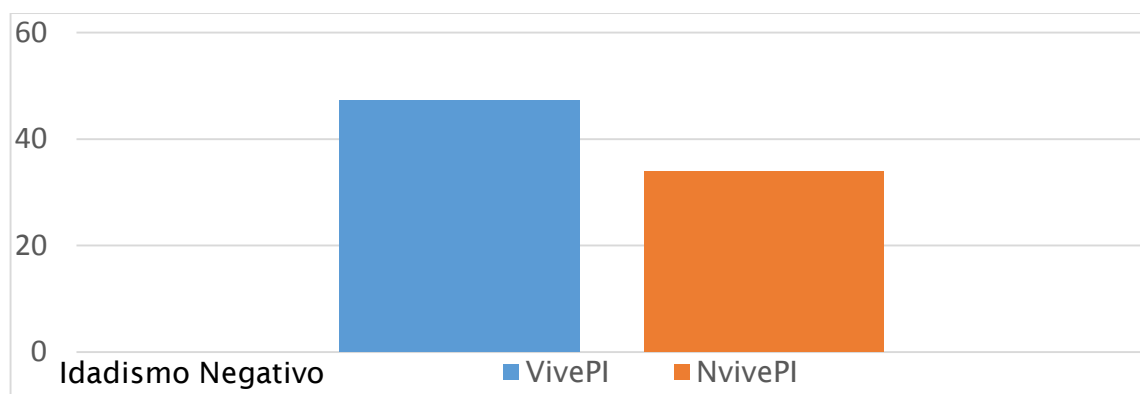
Encontramos um efeito significativo de coabitação com pessoas idosas sobre o idadismo positivo ($U = 199.000$, $p = .01$) e negativo ($U = 205.500$, $p = .046$), conforme se pode ver na figura 2 e na figura 3.

Figura 2 – Associação da coabitação com as pontuações do idadismo positivo



$U = 199.000$, $p = .01$

Figura 3 – Associação da coabitação com as pontuações do idadismo negativo



$U = 205.500$, $p = .046$

Idadismo e Crença Religiosa

Esta variável não apresentou qualquer associação com o idadismo positivo ou negativo.

Discussão

Tanto quanto é do nosso conhecimento este é o primeiro estudo focalizado no idadismo em profissionais de saúde em Portugal. Tivemos como objetivos o conhecimento da prevalência do fenómeno entre esses profissionais e, a comparação com amostras de outros estudos, estrangeiros e portugueses, que usaram os mesmos instrumentos de medida.

Uma das nossas preocupações principais foi a de poder usar instrumentos válidos. Outra preocupação foi a de despistar a possibilidade de os profissionais de saúde responderem de acordo com a desejabilidade social e não de acordo com os seus comportamentos habituais. Sobre o primeiro ponto constatamos que a medida de desejabilidade social usada apresenta uma consistência interna mais fraca em comparação, sobretudo, com o estudo original feito nos Estados Unidos. Uma das explicações mais plausíveis para esta consistência interna, é o facto de termos usado participantes adultos com uma escala adaptada para adolescentes. A principal razão para termos utilizado esta medida foi o facto de ela ser breve e, portanto, mais adequada para ser administrada em contextos de saúde, onde o tempo é sempre escasso. Por outro lado, quisemos também testar o comportamento da escala em população adulta e, neste sentido, não encontramos uma diferença quantitativa de realce na consistência interna da medida, entre a adaptação portuguesa com adolescentes e os nossos resultados com adultos, que seja suficiente para considerarmos que ela não serve a população adulta. Por isso, consideramos que devemos olhar para os valores desta medida com alguma cautela. Acerca da medida de avaliação da relação com pessoas idosas (ARPI), temos um índice de consistência interna igual ao estudo original e melhor do que o primeiro estudo realizado por Ferreira-Alves e col. (2008). Sobre o segundo ponto, o facto de não termos encontrado qualquer relação entre a desejabilidade social e o idadismo faz-nos crer que podemos analisar com alguma confiança os resultados encontrados na medida do idadismo (embora como dissemos antes, devemos manter alguma prudência neste grau de confiança). Contudo, não

podemos excluir a possibilidade de a desejabilidade social ser um fenómeno muito mais elaborado e complexo do que é na adolescência e que, a medida usada não tenha sido sensível a essa maior elaboração da desejabilidade social. Por exemplo, pode ter havido respostas contrárias àquilo que é a desejabilidade social porque o que se espera de um adulto é, não tanto a conformidade social, mas mais a orientação por princípios de justiça.

No que respeita aos valores da prevalência do idadismo e da sua comparação com o estudo original de Cherry e Palmore (2008) encontramos uma diferença fundamental: a amostra Portuguesa apresenta um idadismo positivo consistentemente mais elevado do que a amostra Americana. No que respeita ao idadismo negativo constatamos que a nossa amostra apresenta uma maior prevalência para 8 dos 14 itens relativamente à amostra Americana. Quanto ao primeiro aspeto, ele pode ser devido a uma atitude cultural mais paternalista e protetora face às pessoas idosas da parte da cultura Portuguesa. Quanto ao segundo aspeto, ele é um sintoma claro da diversidade e diferença de comportamentos idadistas negativos entre as duas culturas, que mereceria uma análise qualitativa dos próprios itens, que vai um pouco para além do que nos tínhamos proposto neste trabalho; contudo, o conteúdo dos itens, isto é, os comportamentos reportados devem constituir um objetivo a perseguir em futuros trabalhos. De todo o modo, nem sempre se poderá atribuir comportamentos idadistas à cultura no seu sentido mais amplo; por exemplo, Ferreira-Alves e Novo (2006) contrastaram os resultados de autorrelatos de pessoas idosas em Portugal e nos Estados Unidos e verificaram que o comportamento idadista mais autorrelatado por pessoas idosas era o segundo mais autorrelatado na amostra Americana e o 2.º e 3.º mais autorrelatados em Portugal representavam também, os mais autorrelatados no Estados Unidos.

Quanto aos comportamentos idadistas e a sua relação com o género, idade e estado civil não foi encontrada nenhuma relação significativa, o que vai ao encontro de alguns estudos (Ferreira-Alves & Novo, 2006; Fernandes, Afonso, Pereira & Loureiro, 2012). Apenas em dois estudos portugueses, ambos de Ferreira e Neto, (2011, 2012) se encontrou uma maior prevalência de comportamentos idadistas no género masculino e uma correlação positiva com a idade. No entanto, Ribeiro (2007) refere que poderá existir uma relação com o género feminino pelo facto de muitas mulheres interiorizarem estereótipos de beleza na sua relação com a idade, que dão credibilidade à ideia de que avançar na idade é necessariamente ficar menos atraente. Relativamente ao estado civil, Neves (2012) refere, no seu

estudo, que as pessoas solteiras apresentam atitudes menos favoráveis para com os idosos devido à presença de imagens menos positivas acerca da pessoa idosa, como dependência dos filhos ao nível emocional, financeiro e físico.

Relativamente à relação entre os comportamentos idadistas negativos e o número de filhos, os nossos dados podem sugerir a hipótese de que as pessoas com filhos apresentam mais idadismo negativo por estarem mais orientadas para cuidar e proteger a geração seguinte, mais do que a geração anterior. Para além disso, Andrade (2009) refere que quando existem pessoas idosas com necessidade de cuidados, os seus familiares podem ver comprometida a sua vida social e familiar. Assim, os cuidadores familiares ao retirarem tempo de cuidar dos mais novos para cuidar dos mais velhos, podem criar imagens negativas acerca das pessoas idosas.

As diferenças encontradas entre os dois níveis de formação dos participantes quanto aos valores de idadismo negativo sugerem que, o nível educacional pode ter alguma interferência na formação de estereótipos e preconceitos que desvalorizam pessoas idosas. Mas este dado não deve, em nosso entender, ser sobrevalorizado mas antes, tomado em consideração em futuras investigações, especialmente porque nem sequer temos claro o quanto os dois níveis educacionais contiveram formação científica em envelhecimento.

Acerca da diferença encontrada de atitudes idadistas negativas entre profissionais de Enfermagem e profissionais de Medicina, poderemos possivelmente atribuí-la a uma diferença significativa dos atos centrais que constituem a maioria das competências profissionais que são esperados para cada um; no caso dos profissionais de Medicina, a incorporação do idadismo negativo pode ser devida à formação de um viés proveniente de uma prática profissional assente na pesquisa e identificação de patologias, podendo haver a criação de uma associação mais ou menos inconsciente entre pessoas idosas, doenças e défices, por serem as pessoas idosas as que mais solicitam cuidados de saúde, no entanto é importante referir que os médicos reconhecem o aspeto humano na relação com a pessoa idosa; os profissionais de Enfermagem, por seu lado, ao revelarem menos comportamentos idadistas negativos, poderão estar a expressar, igualmente e em grande medida, o contexto em que trabalham e as expectativas que os utentes e os contextos de saúde têm. A relação com os profissionais de Enfermagem parece ser central na mediação da relação entre o paciente e o médico; o maior tempo passado com o utente, o registo das suas queixas, os procedimentos técnicos de rotina, as visitas domiciliárias mais frequentes do que as dos médicos, tornam os

profissionais de enfermagem, muito possivelmente, mais próximos dos utentes ao nível psicológico geral e especialmente ao nível emocional.

Não foi encontrada qualquer relação entre os comportamentos idadistas e o convívio com pessoas idosas; no entanto, a literatura propõe que o convívio entre diferentes gerações faz com que pessoas de diferentes idades tenham consciência da heterogeneidade da população idosa, reduzindo a formação de estereótipos. Assim, seria esperado encontrar uma relação divergente entre os comportamentos idadistas positivos e negativos e o convívio com pessoas idosas em contexto extra profissional.

Uma outra demonstração de que os contextos relacionais podem estar associados ou *formar* crenças idadistas, foi o facto de termos encontrado uma associação significativa entre profissionais que vivem com pessoas idosas e comportamentos idadistas positivos e negativos. As pessoas idosas que vivem na comunidade com suas famílias são, tipicamente, as menos segregadas pela idade, apresentarão maioritariamente melhor estado geral de saúde e capazes de realizar atividades de vida diária de forma independente; possivelmente, também, uma pessoa idosa a viver com os seus familiares é primariamente percebida como a mãe, a sogra, a avó, o avô, ou o pai do que como uma pessoa idosa, ou seja, possivelmente, nas pessoas que vivem com suas famílias a idade não é o fator primário de perceção. No caso da relação entre a coabitação com pessoas idosas e os comportamentos idadistas negativos, interpretamos os nossos dados através da ligação única que cada participante tem com a pessoa idosa com quem coabita, que pode advir de ela própria estar a ter um envelhecimento normal, patológico ou ótimo; em suma, o facto de a pessoa idosa com quem o participante convive, ter ou não alguma patologia, dependência, ou necessidade de cuidados especiais, implicando um certo grau de sobrecarga física e emocional, pode levar ao desenvolvimento de estereótipos ou ideias generalizadas negativas sobre a idade avançada.

Não foi encontrada qualquer relação entre a crença e os comportamentos idadistas positivos ou negativos. O motivo da introdução desta variável foi o conhecimento do estudo de Ferreira e Neto (2011), no qual os autores constataram que os cristãos, com bem-estar religioso, eram menos preconceituosos.

Apesar de todas estas interessantes constatações, os resultados e esta discussão devem ser vistos com cautela devido ao tamanho da amostra que não pode ser considerado representativo de todos os profissionais de saúde.

O facto de a investigadora principal ser também ela uma profissional de saúde e a exercer funções juntamente com alguns dos participantes deste estudo, possibilitou, por um lado, uma maior participação por parte dos seus colegas mas, por outro lado, devido ao facto de poderem ser identificados pela mesma, houve alguns itens do questionário sociodemográfico que não foram respondidos, nomeadamente a categoria profissional.

O instrumento ARPI apresenta também os seus limites uma vez que não descreve todos os possíveis comportamentos de discriminação com base na idade. A ARPI fornece, contudo, uma amostragem do que pode acontecer nas relações sociais mais comuns e não tanto em contextos de saúde, onde o idadismo mereceria um cuidado especial pelo tipo de relação existente entre profissionais de saúde e pessoas idosas que necessitam de cuidados.

Conclusão

Este estudo parece-nos ter trazido dados, ainda desconhecidos, sobre formas de relacionamento com pessoas idosas que indiciam algum tipo de discriminação, ora positiva, ora negativa. O facto de o estudo ter sido feito com profissionais de saúde, dá-lhe um carácter de maior raridade, pois muitos estudos de discriminação contra pessoas idosas usam como participantes as próprias pessoas idosas. Assim, nesta conclusão queremos destacar algumas implicações para a prática profissional e para a investigação neste domínio.

A primeira implicação para a prática é, a da necessidade de os diferentes profissionais de saúde ganharem consciência dos seus comportamentos de discriminação positiva e discriminação negativa e, da possível influência que poderão ter sobre as crenças que os seus utentes formulam, sobre a sua condição de idade e de saúde.

A segunda implicação será uma consequência da primeira, ou seja, a necessidade de promover ações de estudo sobre o envelhecimento numa perspetiva biopsicossocial e, por isso, sobre o quanto a idade cronológica é uma variável grosseira de uma avaliação mais holística que muitos clamam mas que poucos praticam ou podem praticar. Esta implicação exigirá a apresentação de dados científicos e a progressiva incorporação pelos profissionais, de alguns princípios básico de avaliação da pessoa idosa.

Em terceiro lugar é fundamental que se identifiquem comportamentos idadistas, não descritos na medida que usamos para os avaliar; os contextos de saúde terão, porventura uma grande especificidade a este respeito, pois eles ainda são muito determinados pelo modelo biomédico.

Finalmente, uma implicação para a investigação, que está relacionada com o ponto prévio; será fundamental que os investigadores interessados em saúde identifiquem e investiguem a prevalência e os preditores centrais dos comportamentos idadistas.

Referências

- Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In Fonseca, A. M., *Envelhecimento, Saúde e Doença. Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos* (63-90). Lisboa: Coisa de Ler
- Andrade, F. M. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal
- Bowling, A. (1999) Ageism in Cardiology. *BMJ*, v. 319, 1353-1355. Consultado em Outubro 16, 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117086/pdf/1353.pdf>
- Butler, R. N. (n. d.). *Ageism in America*
- Cancela, D. M. G. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Trabalho de estágio de complemento ao diploma de licenciatura. Universidade Lusíada do Porto, Porto, Portugal. Consultado em Julho 1, 2014, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Capezuti, E., Kagan, S. H., Happ, M. B. & Mion, L. C. (2012). Gotcha! Don't let ageism sneak into your practice. *Geriatric Nursing*, v. 33, n. 1, 60-62
- Capucha, L. (2014). Envelhecimento e Políticas Sociais em Tempo de Crise. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.74, 113-131. Consultado em Junho 20, 2014, em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt>
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. S. & Sacadura, M. J. (2012). O Envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade. Lisboa. *Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa*. Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Consultado em Janeiro 29, 2014, em http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Cherry, K. E. & Palmore, E. (2008). Relating to older people evaluation (ROPE): a measure of self-reported ageism. *Educational Gerontology*, n.º 34, 849-861

- Costa, A. P. F. & Santos, M. P. (2013). As percepções do envelhecimento e as práticas idadista em contextos de saúde: implicações na atividade física dos idosos. *Actas de Gerontologia*, v.1, n.º 1, 1-11. Consultado em Outubro 4, 2014, em <http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/50>
- Crowne, D. P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, v.24, n.º4, 349-354
- Daniel, F., Simões, T. & Monteiro R. (2012). Representações sociais do “envelhecimento no masculino “ e do “envelhecimento no feminino”. *Ex aequo*, n.º26, 13-26. Consultado em Outubro 4, 2014, em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-55602012000200003&script=sci_arttext
- Estrela, E., Soares, M. A. & Leitão, M. J. (2006) *Saber Escrever Uma Tese e Outros Textos*. (1.ª ed.). Lisboa: Dom Quixote
- Fernandes, N. F., Afonso, R. M., Pereira, H. & Loureiro, M. J. (2012). Avaliação da percepção de discriminação em pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, v.3, n.º1, 105-114. Consultado em Outubro 4, 2014, em http://infad.eu/RevistaINFAD/wp-content/uploads/2013/03/INFAD_020124_105-114.pdf
- Ferreira, A. M. V. & Neto, F. (2011). Religiosidade e preconceito em relação à idade em adolescentes, jovens adultos e adultos Portugueses. *Atas do XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da educação*, Instituto Politécnico da Guarda
- Ferreira, A. V. & Neto, F. (2012). Quem são os mais preconceituosos em relação à idade e os mais sós: jovens, adultos ou idosos? Influência da religiosidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, v.3, n.º1, 115-122. Consultado em Outubro 4, 2014, em http://infad.eu/RevistaINFAD/wp-content/uploads/2013/03/INFAD_020124_115-122.pdf
- Ferreira-Alves, J. & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v.6, n.º1, 65-77. Consultado em Outubro 4, 2014, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4466>
- Filho, H. R. K., Koch, L. F. A., Koch, H. R., Koch, M. F. N., Diniewicz, F. A. & Diniz, R. A. (2010). Envelhecimento humano e ancianismo. *Revista Portal de*

Divulgação, n.º 2, 85-91. Consultado em Outubro 4, 2014, em <http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/61>

- Fonseca, A. M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In Fonseca, A. M., *Envelhecimento, Saúde e Doença. Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos* (153-178). Lisboa: Coisa de Ler
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Governo de Portugal (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*. Programa de Ação 2012/Portugal. Consultado em Julho 1, 2014, em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Projeções de população residente 2012-2060*. Consultado em Junho 20, 2014, em [file:///C:/Users/HP/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012-2060%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012-2060%20(2).pdf)
- Knight, B. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3.ª ed.). London: Sage Publications
- Koch-Filho, H. R., et al. (2012). Uma reflexão sobre o preconceito etário na saúde. *Revista Gestão & Saúde*, v.4, n.º2, 40-48. Consultado em Outubro 4, 2014, em <http://www.herrero.com.br/revista/edicao7/artigo5.pdf>
- Leonardo, V. L. M. (2011). *Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal
- Lopes, A. & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto* 2012, 13-31. Consultado em Fevereiro 8, 2014, em <http://ler.letras.up.pt>
- Loureiro, H. (2014). “Passagem à reforma”: Uma vivência a promover em cuidados de saúde primários. In Fonseca, A. M., *Envelhecimento, Saúde e Doença. Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos* (123-150). Lisboa: Coisa de Ler
- Magalhães, C. P., Fernandes, A. M. P. S., Antão, C. C. M. & Anes, E. M. G. J. (2009). Comunicação: Idadismo. *Congresso “O Doente Crónico e a Saúde Comunitária*, Instituto Politécnico de Bragança
- Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C. & Anes, E. (2010). Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*,

- 7-16. Consultado em Outubro 4, 2014, em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/2606>
- Marques, S., Batista, M. & Silva, P. A. (2012). A promoção do envelhecimento ativo em Portugal: preditores da aceitação de um chefe mais velho. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 53-74. Consultado em Outubro 4, 2014, em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10581.pdf>
 - Nações Unidas (2002). *Direitos Humanos e Pessoas Idosas*. Consultado em Junho 29, 2014, em https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/D_H_Pessoas_Idosas.pdf
 - Neves, C. F. O. (2012). *Estereótipos sobre idosos: representação social em profissionais que trabalham com a terceira idade*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã Portugal. Consultado em Outubro 4, 2014 em <http://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/1207>
 - Nussbaum, J. F., Pitts, M. J., Huber, F. N., Krieger, J. L. R. & Ohs, J. E. (2005). Ageism and ageist language across the life span: intimate relationships and non-intimate interactions. *Journal of Social Issues*, v.61, n.2, 287-305.
 - Oliveira, L. S. P. (2012). *Atitudes sexuais e idadeismo na terceira idade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
 - Palmore, E. (2001). The ageism survey: First findings. *The gerontologist*, 41, 572-575
 - Paúl, C. (2014). Envelhecimento e prestação de cuidados: diferentes necessidades, diferentes desafios. In Fonseca, A. M., *Envelhecimento, Saúde e Doença. Novos Desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos* (353-366). Lisboa: Coisa de Ler
 - Pechorro, P., Vieira, R. X., Poiares, C. & Marôco, J. (2012). Contributos para a validação duma versão curta da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne com adolescentes Portugueses. *Arquivos de Medicina*, 26(3), 103-108
 - Ribas, I. & Pontes, M. (2010). Perceção dos idosos sobre episódios de discriminação social. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, n.º 7, 144-154. Consultado em Outubro 4, 2014, em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2981/3/144-154.pdf>
 - Ribeiro, A. P. F. (2007). *Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal
 - Sousa, L. & Ribeiro, A. P. (2013). Prestar cuidados de enfermagem a pessoas Idosas: experiencias e impactos. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n.º 3, 866-877. Consultado em Outubro 4, 2014, em

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000300019
&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000300019&script=sci_arttext)

- Vergueiro, M. E. C. & Lima, M. P. (2010). O ageism e os maus-tratos contra a pessoa idosa. *Psychologica*, v. 2, n.º 52, 185-208. Consultado em Outubro 4, 2014, em <http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/1054>
- Zook, A. & Sipps, G. J. (1985). Cross-validation of a short form of the Marlowe-Crowne social desirability scale. *Journal of Clinical Psychology*, v. 41, n.º 2, 236-238